CHU MUSTAPHA

Service de gynécologie-obstétrique

Cours d'externat 5 eme année

DR BAICHE

AMENORRHEES SECONDAIRES

DEFINITION

- **Une aménorrhée secondaire** est l'absence de menstruation depuis plus de 3 mois chez une patiente antérieurement bien réglée
- **L'aménorrhée secondaire est beaucoup plus fréquente que l'aménorrhée**

  primaire,

  la 1re cause à éliminer est la grossesse.

La principale cause d'aménorrhée secondaire chez la femme en âge de procréer est la grossesse, qu'il faut éliminer par l'examen clinique et le dosage du β-hCG.

I

DEMARCHE DIGNOSTIQUE

1 Interrogatoire :

Un interrogatoire bien mené permet de trouver une étiologie dans 85 % des cas.

Il permet d'apprécier :

- Le mode d'installation de l'aménorrhée, son ancienneté, le caractère unique ou répète, son caractère isole ou associe a des douleurs pelviennes cycliques, des bouffées de chaleur ou des mastodynies

- La nature des cycles anterieurs : irregularite , longueur, abondance des regles ,
- La prise de therapeutiques : neuroleptiques, oestroprogestatifs
- Les antecedents gyneco-obstetricaux : IVG, curetage recent, accouchement, suites de couches, conisation , myomectomies , cesariennes
- Un changement dans le mode de vie : prise de poids, ou amaigrissement, conditions psychologiques particulieres : divorce, conflit familial et social, choc psychoaffectif
- L'eventualite d'une grossesse

2 Examen clinique :
- Enregistre le poids, la taille, l'index de masse corporelle (poids/taille2),
- Recherche des signes cliniques : d'hyperandrogenie , de maladie de Turner , de dysthyroidie , de dysfonctionnement surrenalien associes,
- Objective : une masse annexielle, un gros uterus, une galactorrhee , un goitre thyroidien.

3 Bilan PARACLINIQUE

Test aux progestatifs pratique en premiere intention, consiste a administrer pendant 10 jours un progestatif, la survenue d'une hemorragie de privation dans les deux jours suivant l'arret permet d'affirmer que :
- L'endometre est normal et receptif,
- Le taux d'oestradiol endogene est suffisant,
- Le fonctionnement hypophysaire gonadotrope est subnormal a part le pic de LH.

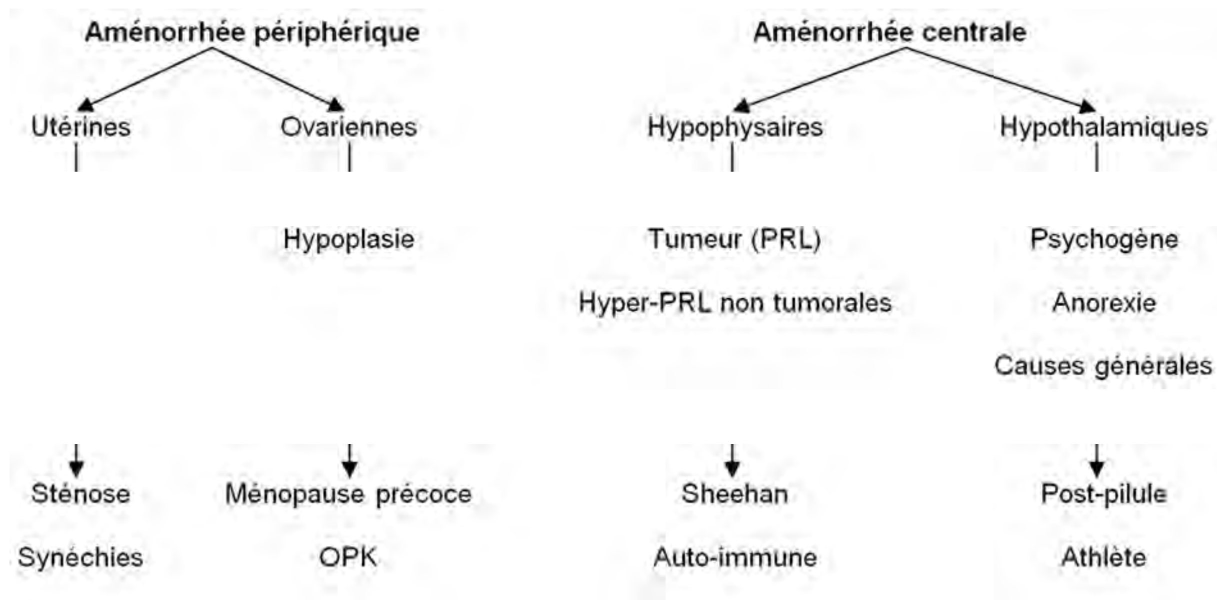
- **Courbe de température** donne des renseignements sur le fonctionnement ovarien
- **Échographie pelvienne** recherche des stigmates d'OPK et une hematometrie

- **Dosages hormonaux** et imagerie sont demandes selon le contexte.

DEMARCHE ETIOLOGIQUE

Le premier bilan clinique et paraclinique permet de situer l'origine de l'amenorrhee :
- les causes peripheriques, uterines et ovariennes,
- les causes centrales.

Étiologies des aménorrhées secondaires



LES AMENORRHEES SECONDAIRES PERIPHERIQUES

1 D'origine utérine

Le recepteur uterin est atteint, l'axe gonadotrope n'est pas perturbe, il n'existe donc pas de troubles hormonaux associes. La courbe de temperature est bi phasique, l'hCG est négatif, le test a la progestérone est négatif.

L'amenorrhee s'installe souvent progressivement après l'événement déclencheur que l'interrogatoire retrouve : suites de couches traitées par curetage, curetage après fausse couche ou IVG, conisation, amputation du col.

a. Sténose cicatricielle du col utérin

Secondaire a une électrocoagulation du col trop appliquée ou a une intervention chirurgicale, conisation ou amputation du col. L'amenorrhee s'accompagne souvent de douleur menstruelle par rétention. Le test a la progestérone est négatif mais peut déclencher des douleurs pelviennes.

Diagnostic : l'examen clinique confirme un orifice punctiforme ou absent, non catheterisable par l'hystéromètre

Traitement : consiste a cathétériser le canal endo cervical et a agrandir l'orifice sténose

b. Synéchies utérines

Secondaire a une destruction de l'endometre, d'origine traumatique le plus souvent, plus rarement par atteinte tuberculeuse

L'aménorrhée s'installe après un épisode de la vie génitale : IVG, curetage, hémorragie des suites de couches ayant nécessite la vérification de l'uterus. Le risque de synéchie est particulièrement grand après curetage du post-partum ou sur grossesse avancée avec rétention d'oeuf mort.

L'aménorrhée peut être liée à :

- Une synéchie très étendue, ayant entraine une destruction importante de

l'endometre,
- Une synéchie isthmique étendue

Le diagnostic repose sur l'hystéroscopie .
Traitement : chirurgical, il consiste a effondrer la synéchie sous hysteroscopie.
Cas de synéchie tuberculeuse, il doit être médical et consiste en une antibiothérapie antituberculeuse, étant donne le caractère
définitif de la stérilité.

2 D'origine ovarienne

Les dosages des gonadotrophines sont perturbés.

a. Ménopause précoce

Elle est provoquée par l'*épuisement prématuré du capital ovarien ou un dysfonctionnement ovarien.* La ménopause est dite précoce lorsqu'elle s'installe avant 40 ans.
Des antecedents identiques sont parfois retrouves dans la famille. L'amenorrhee peut s'accompagne de bouffées de chaleur et l'examen clinique peut retrouver une hypooestrogenie clinique. Le test aux progestatifs est négatif.
Le diagnostic est affirmé par un taux de FSH très élevé

Plusieurs causes sont invoquées : chirurgicales (ovariectomie), toxiques (chimiothérapie, radiothérapie, la galactosémie le tabac, auto-immunité, génétiques.
Un traitement substitutif oestroprogestatifs est nécessaire

b. Syndrome des OPK

Typiquement associe a :
- Une amenorrhee secondaire succédant a une spanioménorrhée ,
- Une obésité de type androïde,
- Une stérilité anovulatoire et 2 volumineux ovaires réguliers sans trace d'ovulation, de couleur blanc nacre a la cœlioscopie .

Le diagnostic est paraclinique

- LH augmentee sans pic ovulatoire,
- FSH normale -> augmentation du rapport LH/FSH > 2,
- Androgene eleves (androstenedione (2 a 3 fois la normale) et la testosterone moderement elevee
- La physiopathologie de l'OPK n'est pas encore bien élucidée.

=> Echographie :
- augmentation du volume ovarien -> ovaire sphérique

- hypertrophie du stroma,
- couronne de microkystes.

Traitement : il est différent selon que la patiente souhaite ou non une grossesse .

LES AMENORRHEES SECONDAIRES CENTRALES

Les gonadotrophines sont normales ou basses. L'oestradiol est en général
effondre. En cas de prolactine elevee, on pratique un test a la TRH sur prolactine
(PRL). En
cas de prolactine normale, un test a la LHRH peut-être réalisé pour évaluer la
profondeur de l'hypogonadisme hypogonadotrophique, et un bilan endocrinien des
autres
axes complète les explorations. Une IRM hypothalamo-hypophysaire est
systématiquement réalisée, a la recherche d'une lésion organique centrale .

1 Aménorrhées hypophysaires

a. Syndrome de Sheehan

1. Dans sa forme complète, il réalise une insuffisance hypophysaire globale par nécrose ischémique du lobe antérieur, secondaire a un accouchement hémorragique.
Cliniquement : absence de montée laiteuse et de retour de couches, puis altération de l'état général avec asthénie , frilosité, crampes musculaires et anomalies de la pilosité.
Le bilan endocrinien confirme l'atteinte des différentes secrétions de l'antéhypophyse avec une TSH basse, des gonadotrophines basses ou normales non réactivées sous GnRH, prolactine souvent indétectable. ACTH bas associe a un cortisol plasmatique bas aux
différentes heures de prélèvement.
Le traitement est substitutif, il associe aux oestroprogestatifs de l'hydrocortisone et des hormones thyroïdiennes.

b. Hypophysite auto-immune

Elle réalise un tableau voisin et se caractérise par la positivité des auto-anticorps anti hypophyse.

c. Tumeurs de l'hypophyse

Elles entrainent une amenorrhee par compression ou par destruction des cellules hypophysaires. Le syndrome tumoral est souvent au premier plan. Le pronostic est grave, lie a la tumeur. Les tumeurs hypophysaires correspondent a 10 % de l'ensemble des tumeurs intracrâniennes.

d. Aménorrhées avec hyperprolactinémies

1. Les adénomes à prolactine

En cas d'adénome vrai ou macro adénome l'amenorrhee est souvent associée a une galactorrhee, des céphalées et des troubles visuels. Le but des examens est de mettre en évidence un adénome a prolactine qui peut menacer la fonction oculaire, se nécroser et grossir brusquement sous oestroprogestatifs ou lors d'une grossesse.
Biologiquement : élévation importante de la prolactine > 100 ng/ml.
Le diagnostic est confirmé par la radiographie du crâne qui montre une érosion de la selle turcique. Une IRM de l'antéhypophyse est essentielle pour détecter les adénomes a prolactine souvent de petit volume.
Le traitement des adénomes a prolactine vrais est chirurgical.
Le plus souvent il s'agit d'un micro adénome mesurant moins de 10 mm de diamètre
Le diagnostic radiologique est plus difficile, il faut alors recourir a l'examen IRM de l'hypophyse. Le traitement est médical par les antagonistes dopaminergiques .

2. Les hyperprolactinémies non tumorales

Elles entrainent une amenorrhee-galactorrhee isolée. Le taux de prolactine est modérément elevee < 100 ng/ml.
La selle turcique est normale.
Étiologies :
Hyperprolactinemie iatrogène *:* antidépresseurs, oestroprogestatifs, neuroleptiques, dérivés des phénothiazines (LargactilR) a fortes doses, sulpiride DogmatilR), alpha-methyldopa, cimétidine
Traitement médical
Elles régressent bien sous antiprolactiniques.

2 Aménorrhées hypothalamiques

Les plus fréquentes, elles traduisent un déséquilibre neurohypothalamique. Il peut s'agir d'amenorrhee associée a des troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité) ou amenorrhee post-pilule.

a. Aménorrhées post- pilules

La réalité du syndrome amenorrhee post-pilule est contestée . Les patientes présentant une amenorrhee a l'arret de la contraception doivent bénéficier de la recherche étiologique habituelle

b. Aménorrhées des athlètes « de haut niveau »

Elles sont liées a un trouble de la sécrétion de LH
Il existe une perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrenalien avec élévation des taux de cortisol urinaire et plasmatique.

Ces troubles hormonaux sont toujours notes chez les athlètes de haut niveau . L'amenorrhee s'installe quand il existe une diminution importante de la masse graisseuse.

c. Aménorrhées psychogènes

Il existe souvent un facteur déclenchant affectif (voyage, décès, mésentente conjugale, viol).

Les opiaces secrétés en excès lors de ces stress supprimeraient la palpabilité du GnRH et des gonadotrophines.

L'examen clinique et le bilan hormonal sont normaux. Le pronostic fonctionnel est en général bon. Le traitement doit commencer par une psychothérapie.

d. Aménorrhées de l'anorexie mentale

Elles se manifestent en général au moment de l'adolescence a la suite d'un conflit psychoaffectif .L'amenorrhee s'installe au décours d'une anorexie volontaire.

Le traitement est long et difficile et repose essentiellement sur la prise en charge psychiatrique

e. Aménorrhées de cause générale ou endocrinienne

Une amenorrhee peut survenir dans un contexte d'affection grave (hémochromatose , cirrhose , cancer, tuberculose , anémie, dénutrition) ou de maladies endocriniennes (hypothyroïdie , maladie de Cushing ,
maladie d'Addison . Le traitement est celui de la cause déclenchante.